



Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud

Guion

1. ¿Qué son los GRUSE?
2. Claves para su implantación y recorrido
3. Datos de seguimiento
4. Evaluación
5. Acceso a información y materiales



1. ¿Qué son los GRUSE?

¿Qué son los GRUSE?

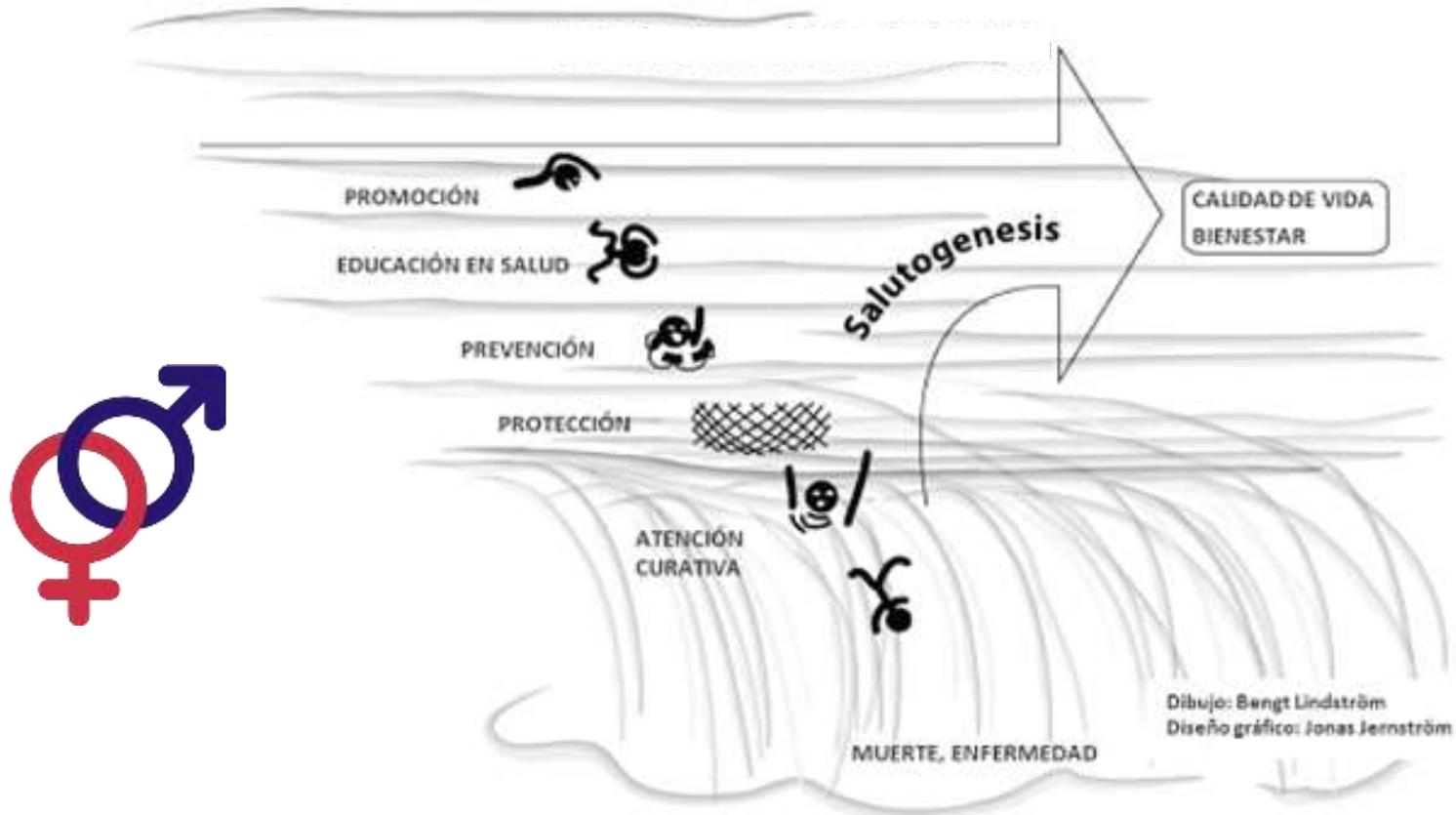
Una estrategia de promoción de la salud incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Fomenta los activos para la salud y el bienestar emocional con especial atención a las desigualdades en salud, principalmente, por razón de género.



Modelo de Dahlgren y Whitehead (1991).
Determinantes que influyen en la generación de desigualdades en salud.

La Salud en el Río de la Vida



¿En qué consisten?

Grupos de 8 a 15 personas, reunidas por el o la Trabajadora Social en los Centros de Salud, durante 8 sesiones de 1 a 2 horas, con una frecuencia semanal

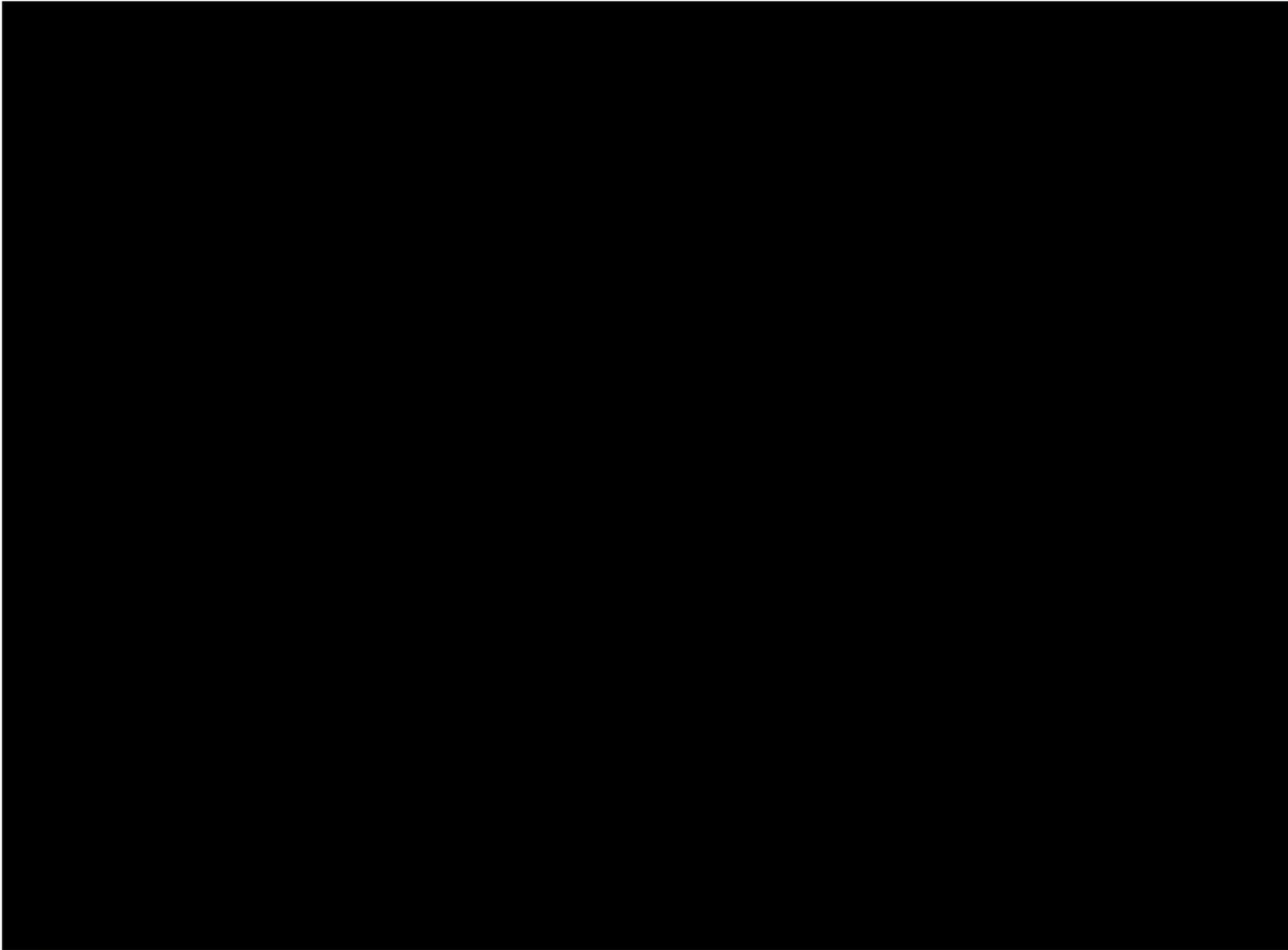


¿Cómo se accede?

A través de los profesionales de la Atención Primaria, por iniciativa propia o por derivación de otros profesionales (tanto del ámbito sanitario como de otros sectores)



**Pero como una imagen vale más
que mil palabras...**





2. Claves para su implantación y recorrido

Claves para la implantación de la estrategia GRUSE

- Experiencia previa AP-SM
- Papel del colectivo de profesionales de trabajo social de AP
- Apoyo de las Direcciones Gerencias de los DSAP/AGS
- Impulso regional:
 - Consejería de Salud y Familias
 - Servicio Andaluz de Salud
 - Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
 - Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía

Recorrido

2006-2010: Se inician los grupos de mujeres (que posteriormente dan lugar a la estrategia GRUSE) en el DSAP Málaga

2011-2012: Publicación del Manual y Guía GRUSE-M, difusión de la estrategia, formación de profesionales encargados de su implantación y comienzo de los grupos.

2013-2014: Incorporación al contrato-programa, apertura de la red: www.gruse.es, proyecto de ampliación de perfiles, líneas de investigación para evaluar la estrategia e inicio de los encuentros de mujeres.

2015-2016: Incorporación de grupos de hombres a la estrategia (pilotaje), comienzo del estudio de evaluación de la Estrategia y finalización de la Guía para el desarrollo de grupos con hombres.

2017-2018: Formación de profesionales para la incorporación de grupos de hombres y creación de un grupo experto para la incorporación de mejoras a la estrategia.

2019-2020: Primera presentación de resultados del estudio que evalúa los grupos de mujeres, incorporación de los GRUSE a la Historia Digital (DIRAYA).

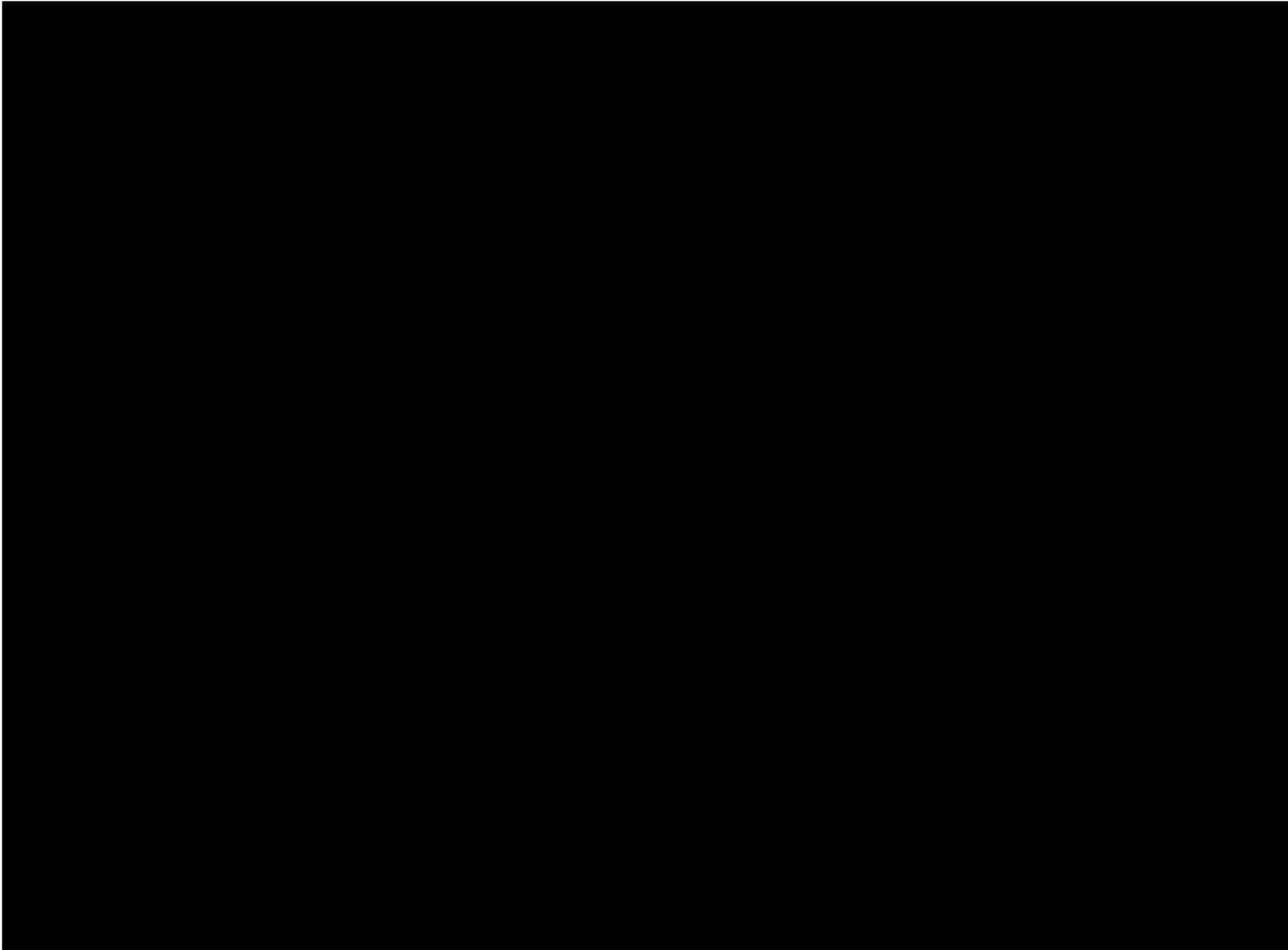
GRUSE Hombres

JUSTIFICACIÓN

Los varones tienen más dificultad para recuperar o mantener la salud y buscan ayuda más tarde que las mujeres.

Además de padecer algunas enfermedades con más frecuencia y tener mayor tasa de mortalidad, los **mandatos tradicionales de género** les impiden adentrarse en el mundo emocional y les vetan la posibilidad de pedir ayuda, lo que se extiende al cuidado de su salud y al disfrute de su bienestar.







3. Datos de seguimiento

RESULTADOS GLOBALES

GRUSE-Mujeres

Desde su puesta en marcha en 2011 y hasta finales de 2021, se han realizado más de **3.000 grupos socioeducativos** en los Centros de Salud de Andalucía, con la participación de más de **24.100 mujeres** (que lo finalizan).



RESULTADOS GLOBALES GRUSE-Hombres

Desde 2016 y hasta finales de 2021, se han realizado más de **90 grupos socioeducativos** en los Centros de Salud de Andalucía, con la participación de más de **680 hombres** (que lo finalizan).





4. Evaluación



Estudio cualitativo 2014



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública

Evaluación de los Grupos Socioeducativos en
Atención Primaria (GRUSE)

Estudio cualitativo 2014

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Autores:

Carlos Bruzquetas Callejo, Subdirección General de
Promoción de la Salud y Participación

María Victoria Llamas Martínez, Servicio de Promoción de
la Salud y Participación

Revisores:

Francisco Ruiz Domínguez, Fundación Progreso y Salud

Ifigenia Ana Fries Orcina, Consejería de Igualdad, Salud y
Políticas Sociales



Estudio cualitativo 2014

- Se realizaron 19 entrevistas abierta a profesionales y mujeres participantes de distintos contextos. El análisis se centró en el impacto y en la implantación de la estrategia. A partir de aquí se han generado propuestas de mejora.

PRINCIPALES RESULTADOS (IMPACTO):

- REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS
- REDUCCIÓN DE LA FRECUENTACIÓN A LOS CENTROS SANITARIOS
- MEJORAS EN EL CONTROL DE SU PROPIA SALUD: menos medicación, mejor gestión de las emociones, menos aislamiento y otros efectos directos en las dimensiones cotidianas de la vida diaria.

Resultados coincidentes con las evaluaciones realizadas a nivel local



Estudio de investigación 2016-2019



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias



- ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (GRUSE) EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES Y EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA



Proyecto financiado por la Consejería de Salud y Familias. Financiación de la Investigación, Desarrollo e Innovación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía (2016-2019)



OBJETIVOS

■ Evaluar la **EFICACIA** de la estrategia **GRUSE**

■ Analizar el **IMPACTO** de los **GRUSE** en las participantes

Calidad de vida

Síntomas clínicos

Activos personales y comunitarios

■ Analizar el **IMPACTO** en el **SSPA**

Frecuencia del uso de servicios
Prescripción de medicamentos

■ Valorar la implementación y efectividad de la intervención

Satisfacción de las mujeres

Opinión de los profesionales

DISEÑO: DISEÑO LONGITUDINAL MIXTO Y CUASI EXPERIMENTAL



MUJERES (N= 228)

- Experimental = **114**
- Control = **114**

Mortandad experimental <15% (N inicial = 261)

Batería de cuestionarios en los 4 momentos: datos sociodemográficos, uso del tiempo/cuidados, identificación de activos comunitarios, calidad de vida, asertividad y regulación emocional, autoestima, afrontamiento ante la adversidad y síntomas clínicos (ansiedad y depresión).

Consumo de servicios: 12 meses PRE y 12 meses POST

M. cualitativa: Entrevistas (N = 10)

PROFESIONALES (M. cualitativa)

Grupos de discusión:

- 1 grupo de TS
- 2 grupos de otros profesionales de salud (medicina familia, enfermería, psicología clínica y técnicos/as promoción)

Nota de campo

La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz



Antonio Iáñez Domínguez^{a,*}, Raúl Álvarez Pérez^a, Pablo García-Cubillana de la Cruz^b,
Violeta Luque Ribelles^c, Elena Morales Marente^d y María Soledad Palacios Gálvez^d

^a Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

^b Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla, España

^c Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^d Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte, Universidad de Huelva, Huelva, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de enero de 2018

Aceptado el 25 de junio de 2018

On-line el 15 de octubre de 2018

Palabras clave:

Promoción de Salud

Salutogénesis

Género

Grupos de mujeres

Evaluación de Programa

R E S U M E N

Los grupos socioeducativos (GRUSE) constituyen una estrategia de promoción de la salud y el bienestar emocional desde un enfoque de salud positiva basada en activos. Mayoritariamente se dirigen a mujeres que acuden a los centros de salud con signos de malestar para los que no se encuentra base orgánica. La estrategia se evalúa mediante un diseño longitudinal y cuasi-experimental, con metodología mixta. Se ha recogido información de 228 mujeres con una batería de escalas y el análisis de bases de datos del sistema sanitario. Se han realizado 10 entrevistas en profundidad a mujeres y tres grupos de discusión con profesionales. El objetivo de este artículo es dar a conocer la estrategia GRUSE como intervención alternativa no medicalizadora y presentar el diseño de la investigación, con la que se espera identificar las evidencias de esta práctica implantada en los centros de salud de atención primaria de Andalucía.

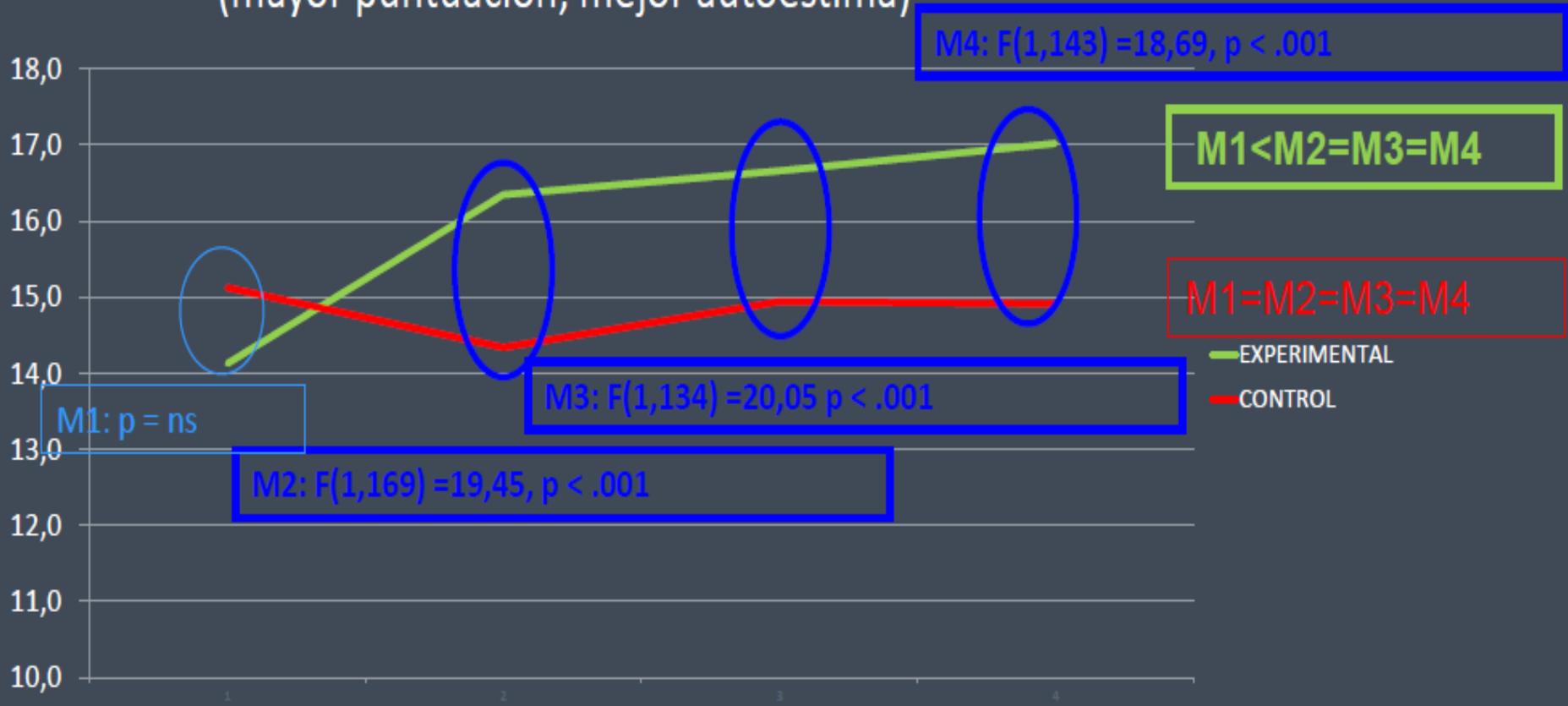
© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The demedicalisation of women's daily lives: socio-educational groups in the Andalusian Public Health System

ACTIVOS PERSONALES

M1= Antes GRUSE
M2= Post 1 mes
M3= Post 6 meses
M4= Post 18 meses

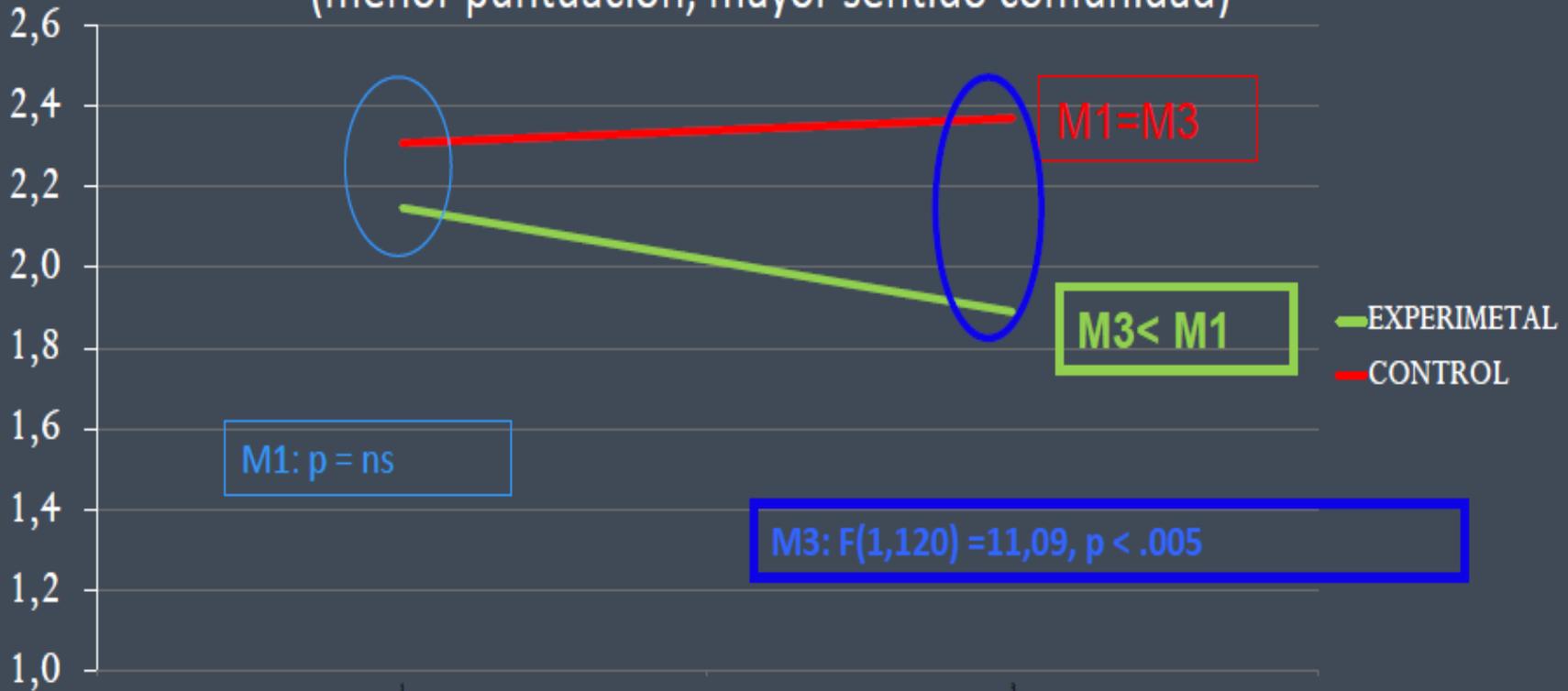
AUTOESTIMA POSITIVA (mayor puntuación, mejor autoestima)



ACTIVOS COMUNITARIOS

M1= Antes GRUSE
M3= Post 6 meses

SENTIDO DE COMUNIDAD (M1 a M3)
(menor puntuación, mayor sentido comunidad)



Efecto principal de la interacción entre grupos $F(1,118) = 10,6, p < .01$

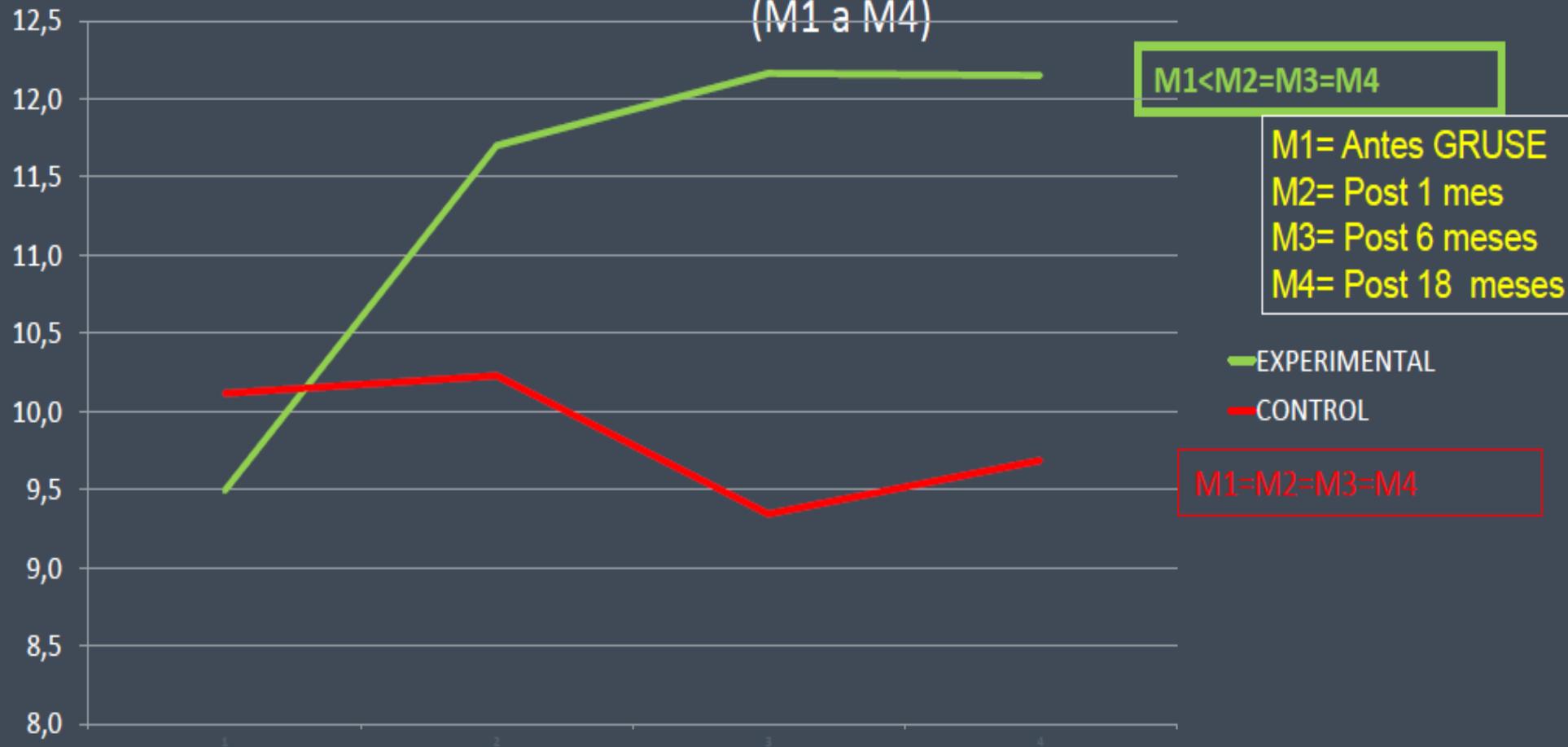
GRUPO EXPERIMENTAL $F(1,74) = 19,68, p < .001$

No hay efecto en el GRUPO CONTROL $F(1,44) = .20, p = .66$

CALIDAD DE VIDA I

GENCAT: RELACIONES INTERPERSONALES

(M1 a M4)



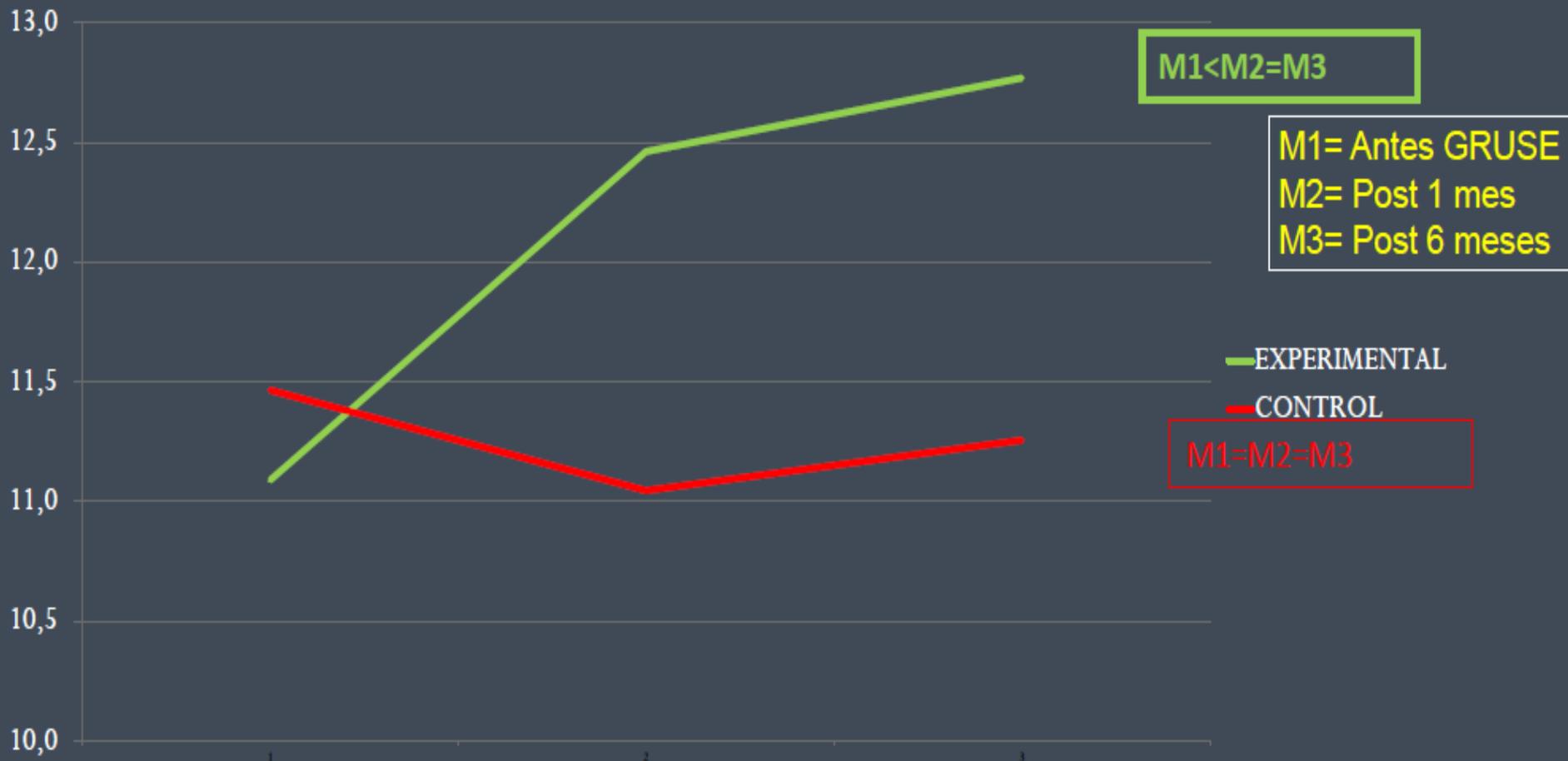
ANOVA MED. REPETIDAS. Efecto entregrupos $F(1,100) = 1.862,51, p < .001$

GRUPO EXPERIMENTAL: Efecto intrasujeto $F(1,66) = 62,19, p < .001$

GRUPO CONTROL: No se encuentra efecto intrasujeto, $F(1,34) = 1,74, p = .20$

CALIDAD DE VIDA II

GENCAT: AUTODETERMINACIÓN (M1 a M3)



ANOVA MED. REPETIDAS. Efecto intersujeto $F(1,119) = 7,06, p < .01$

GRUPO EXPERIMENTAL: Efecto intrasujeto $F(1,77) = 40,05, p < .001$

GRUPO CONTROL: No se encuentra efecto intrasujeto, $F(1,42) = 1,42, p = .24$

CALIDAD DE VIDA III

GENCAT: INCLUSIÓN SOCIAL (M1 a M3)



ANOVA MED. REPETIDAS. Efecto intersujeto $F(1,110) = 5,48, p < .05$

GRUPO EXPERIMENTAL: Efecto intrasujeto $F(1,71) = 77,70, p < .001$

GRUPO CONTROL: No se encuentra efecto intrasujeto, $F(1,39) = 1,08, p = .31$

CALIDAD DE VIDA IV

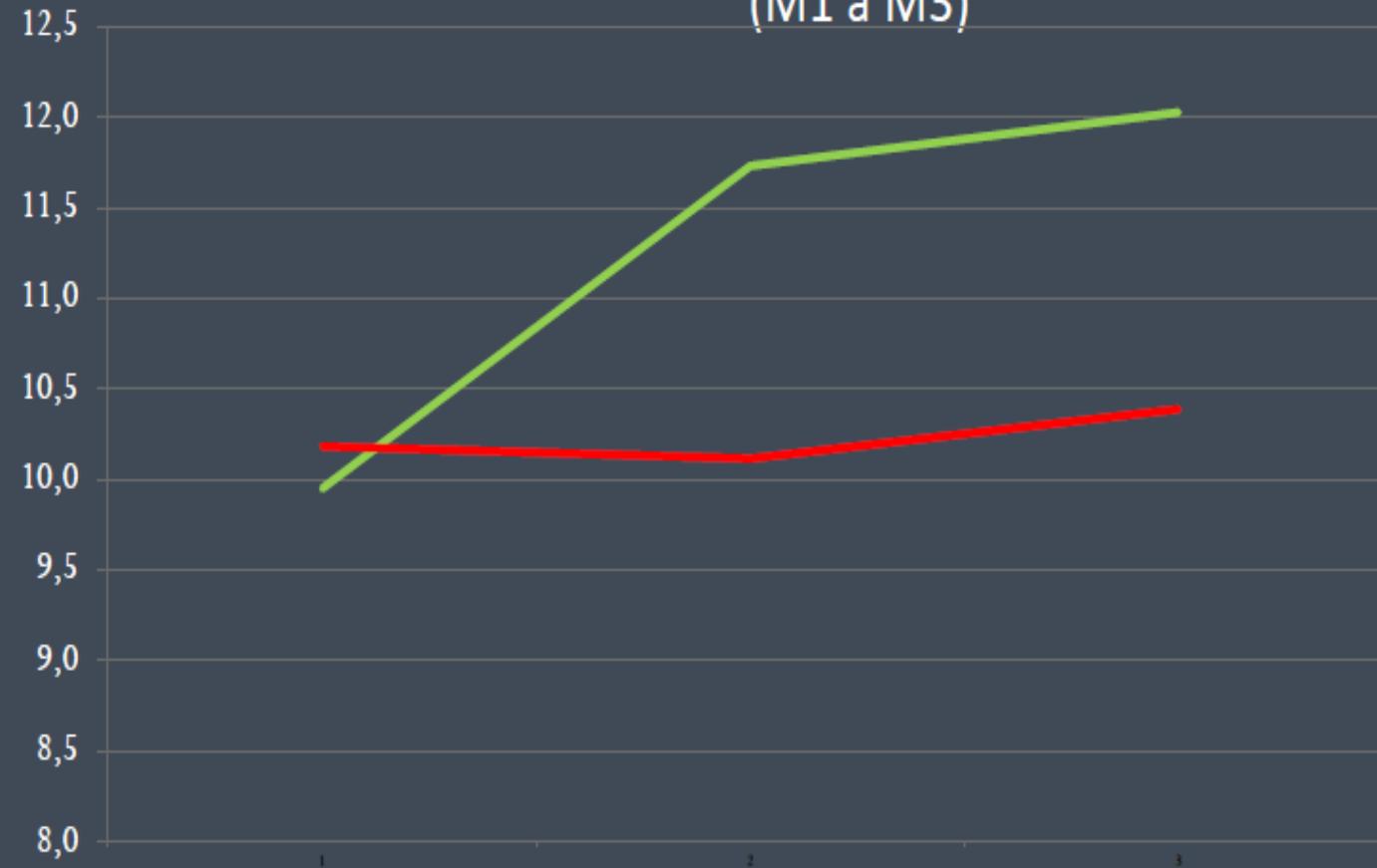
GENCAT: DESARROLLO PERSONAL (M1 a M3)

M1= Antes GRUSE
M2= Post 1 mes
M3= Post 6 meses

M1<M2=M3

EXPERIMENTAL
CONTROL

M1=M2=M3



ANOVA MED. REPETIDAS. Efecto intersujeto $F(1,120) = 6,30, p < .05$

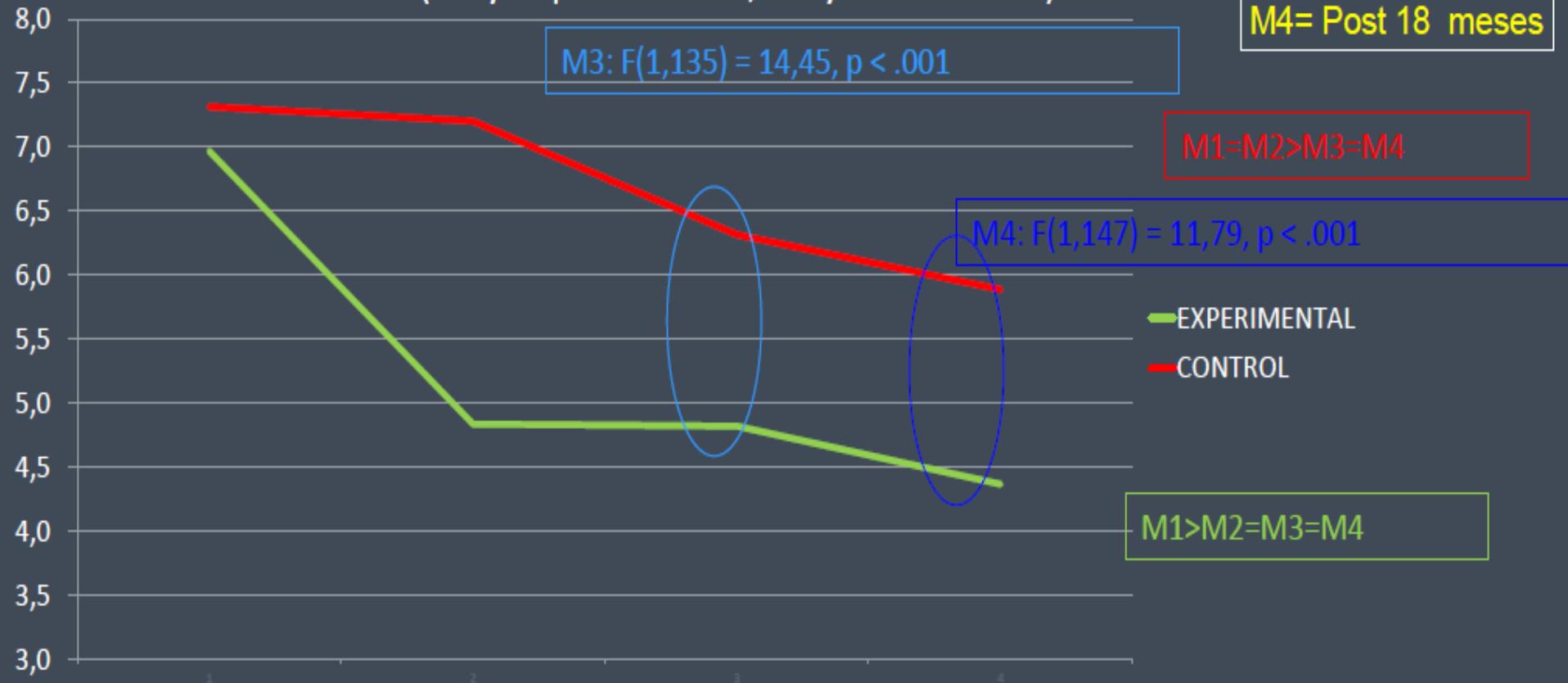
GRUPO EXPERIMENTAL: Efecto intrasujeto $F(1,77) = 55,18, p < .001$

GRUPO CONTROL: No se encuentra efecto intrasujeto, $F(1,43) = ,22, p = .64$

OTROS: SÍNTOMAS CLÍNICOS I

ANSIEDAD (M1 a M4)
(mayor puntuación, mayor ansiedad)

M1= Antes GRUSE
M2= Post 1 mes
M3= Post 6 meses
M4= Post 18 meses



ANOVA MED. REPETIDAS. Efecto intersujeto $F(1,99) = 12,82, p < .005$

GRUPO EXPERIMENTAL: Efecto intrasujeto $F(1,65) = 31,93, p < .001$

GRUPO CONTROL: Efecto intrasujeto, $F(1,34) = 17,93, p < .001$

OTROS: SÍNTOMAS CLÍNICOS II

DEPRESIÓN (M1 a M4) (mayor puntuación, mayor depresión)

M1= Antes GRUSE
M2= Post 1 mes
M3= Post 6 meses
M4= Post 18 meses



ANOVA MED. REPETIDAS. Efecto intersujeto $F(1,99) = 593,06, p < .001$

GRUPO EXPERIMENTAL: Efecto intrasujeto $F(1,65) = 47,62, p < .001$

GRUPO CONTROL: No hay efecto intrasujeto, $F(1,34) = 3,74, p = .06$

USO DE SERVICIOS Y CONSUMO DE FÁRMACOS I

	EXPERIMENTAL		CONTROL		ANOVA
	M (DT)	N	M(DT)	N	
Citas MF pre	6,62(4,80)	110	7,07(5,50)	108	ns
Citas MF post	5,85(4,23)		6,56(4,74)		
Citas TS pre	3,16(2,69)	73	3,75(4,58)	44	ns
Citas TS post	2,81(3,69)		2,5(2,14)		
Citas ENF pre	3,98(4,72)	46	3,63(3,54)	52	ns
Citas ENF post	3,48(3,34)		2,83(2,86)		
Antidepresivos pre	5,68(3,66)	31	4,86(2,70)	35	ns
Antidepresivos post	5,19(4,23)		4,29(2,99)		
Ansiolíticos pre	6,78(6,07)	46	7,15(5,59)	45	ns
Ansiolíticos post	6,96(5,51)		6,19(5,60)		
Otros fármacos pre	16,15(20,22)	100	17,25(14,67)	97	
Otros fármacos post	14,09(11,11)		16,62(13,02)		

“Yo te podría mandar que te tomaras una pastilla por la mañana”, pero yo la rechacé,
“yo le dije, mira, yo no quiero tomar medicación”

“Incluso ahí puede ser un sesgo de error, que las personas estén acostumbradas a ir a la farmacia con su tarjeta, y todos los medicamentos, como son la mayoría de veces pseudo-gratuitos, se sacan; parecen que se han consumido, pero no se han consumido” (GD).

Tenemos una filosofía de consumo de medicamentos con las industrias farmacéuticas, una tradición de recetas de 2000 años, por supuesto con unos intereses bestiales... (GD).

Progresivamente... Que yo el Lexatín, todavía hay días que digo...voy a por uno...casi nunca...pero es verdad que cuando entré ahí y vi...tenía que espabilar y ya dejé a empezar a dejarlas y en vez de tomarme 4 empecé con 2, 2...y hasta que no me tomo ninguna (Diana)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES I

- A) Efecto positivo en los **activos personales**: las mujeres del grupo experimental después de la intervención frente a las del grupo control incrementan su autoestima
- B) Efecto positivo en la mejora de la **confianza en las personas y el sentido de comunidad**
- C) Disminución de los síntomas clínicos de **depresión y ansiedad**
- D) Efecto positivo en la **calidad de vida**. Las mujeres del grupo experimental después de la intervención en comparación con las del grupo control mejoran su: desarrollo personal, relaciones interpersonales, inclusión social y autodeterminación.

Resultados que coinciden con los obtenidos con metodología cualitativa (entrevistas y grupos de discusión)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES II

- Reducción de la frecuencia de las citas
- Reducción en la prescripción de medicamentos

“Incluso ahí puede ser un sesgo de error, que las personas estén acostumbradas a ir a la farmacia con su tarjeta, y todos los medicamentos, como son la mayoría de veces pseudo-gratuitos, se sacan; parecen que se han consumido, pero no se han consumido” (GD).

Tenemos una filosofía de consumo de medicamentos con las industrias farmacéuticas, una tradición de recetas de 2000 años, por supuesto con unos intereses bestiales... (GD).

El coste sanitario parece no depender del bienestar subjetivo de las mujeres, sino que factores propios del funcionamiento del sistema pueden actuar como barrera a la hora de reducir este coste.

DISCUSIÓN: Otros Aspectos para el Debate

Se demuestra la eficacia del programa para mejorar el BIENESTAR SUBJETIVO de las mujeres PERO...

- Necesidad de mayor implicación de los/as profesionales sanitarios de AP
- Necesidad de mayor formación de las/los profesionales de AP de cara a potenciar el modelo biopsicosocial. Existen experiencias de programas formativos basados en este modelo (Velasco et al., 2007)
- Necesidad de mayor cooperación entre Atención Primaria y Salud Mental para clarificar el perfil de mujeres que más se pueda beneficiar de esta estrategia.

Original

Impacto de los grupos socioeducativos de atención primaria en la salud mental de las mujeres



María Soledad Palacios-Gálvez^{a,b,*}, Elena Morales-Marente^{a,b}, Antonio Iáñez-Domínguez^c y Violeta Luque-Ribelles^{d,e}

^a Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva, Huelva, España

^b Centro de Investigación en Pensamiento Contemporáneo e Innovación para el Desarrollo Social (COIDESO), Huelva, España

^c Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

^d Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^e Instituto Universitario de Investigación para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS), Cádiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de noviembre de 2019

Aceptado el 20 de febrero de 2020

On-line el 28 de abril de 2020

Palabras clave:

Salud mental

Evaluación de programa

Promoción de la salud

Género

Grupos de mujeres

R E S U M E N

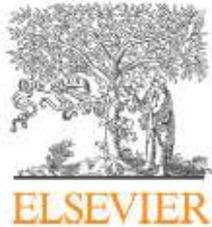
Objetivo: Presentar parte de los resultados de la evaluación de esta estrategia.

Método: Diseño longitudinal (pre-post) y cuasiexperimental (grupo experimental y control), recogiendo información de 228 mujeres (114 en cada grupo) en cuatro momentos (un mes antes del programa, al mes de finalizarlo, a los 6 meses y al año y medio). Entre los instrumentos utilizados se encuentran la Escala de Ansiedad y Depresión y la Escala de Autoestima.

Resultados: Las mujeres del grupo experimental reducen sus síntomas de depresión y ansiedad, y mejoran su autoestima, tras participar en el programa, y esta mejoría se mantiene hasta un año y medio después de finalizarlo. Por el contrario, las mujeres del grupo control no presentan diferencias pre-post en casi ninguna de las variables analizadas (salvo en los síntomas de ansiedad).

Conclusión: Estos resultados apoyan los GRUSE como intervención no medicalizadora, y se considera que pueden servir como estímulo para mantener la estrategia e incluso extenderla a otros grupos de población que también experimenten malestar psicosocial.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Percepción de profesionales de la salud sobre la intervención grupal socioeducativa con mujeres que presentan síntomas somáticos sin causa orgánica



Antonio Iáñez-Domínguez^{a,*}, Violeta Luque-Ribelles^b, María Soledad Palacios-Gálvez^c y Elena Morales-Marente^c

^a Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

^b Instituto Universitario para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS), Universidad de Cádiz, España

^c Centro de Investigación en Pensamiento Contemporáneo e Innovación para el Desarrollo Social (COIDESO), Universidad de Huelva, Huelva, España

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción y opinión de profesionales de la salud de Atención Primaria sobre el impacto de la intervención grupal socioeducativa (GRUSE) no medicalizadora con mujeres que presentan síntomas somáticos sin causa orgánica.

Conclusiones: En opinión de los profesionales, la estrategia tiene efectos positivos en las mujeres y no supone un incremento de los recursos para el sistema sanitario. Además, manifiestan la importancia de dotar a las mujeres de herramientas para el afrontamiento de problemas de la vida cotidiana, que derivan, en muchas de las ocasiones, de los mandatos de género predominantes en la sociedad patriarcal.



4. Acceso a información y materiales

[Más noticias](#)

EXPERIENCIAS EN PRIMERA PERSONA

[AQUÍ AHORA](#)

Sat, 18 Jul 2020 08:33:09 GMT

[Un nuevo Manolo](#)

Sat, 18 Jul 2020 08:29:30 GMT

["Pasar por el GRUSE ha significado un TODO"](#)

Fri, 18 Oct 2019 08:05:00 GMT

[Quiero "darnos" las gracias](#)

Fri, 18 Oct 2019 07:57:32 GMT

["He reorganizado las ideas y veo las cosas de otra manera"](#)

Fri, 18 Oct 2019 07:50:08 GMT

[Leer más](#)

BUENAS PRÁCTICAS

[Mapa comunitario con los GRUSE en Córdoba Sur "Buena práctica 2018 del SNS"](#)

Fri, 15 Jul 2018 10:15:15 GMT

[Mediadoras culturales en Níjar](#)

Fri, 31 Mar 2017 13:03:53 GMT

[Voluntariado en Níjar](#)

Fri, 31 Mar 2017 12:57:11 GMT

[Del GRUSE al GAM en Antequera](#)

Fri, 05 Aug 2016 06:45:26 GMT

[Photovoice en Antequera](#)

Fri, 01 Jul 2016 11:23:40 GMT

[Leer más](#)

REDES SOCIALES

Tweets por @gruseand

GRUSE retweeted



EnBuenaEdad

@embuenaedad

Empezamos en

@LATARDE_RTVA@Divulga_UCA

@RedGudalinfo @adeporte@EducaAnd

@saludand @EASPSalud

#EnvejecimientoActivo

Insertar

Ver en Twitter



NAVEGACIÓN

[Página Principal](#)

[Cursos](#)

Los GRUSE son una actividad de promoción de salud para fomentar los activos en salud mental de la población andaluza.

Se trata de una estrategia grupal socio-educativa para potenciar los talentos y habilidades personales de las personas destinatarias e incrementar así su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana.

[Leer más](#)

www.gruse.es

Manuales Gruse

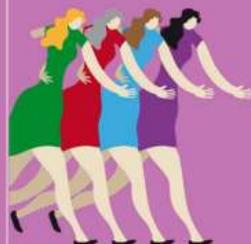


Guía actualizada GRUSE-Mujeres (2022)



Guía GRUSE-Hombres (2016)





Jornada Virtual

9 junio
2022

Enfoque de Género y Bienestar Emocional

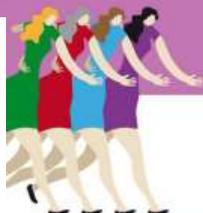
Grupos Socioeducativos en Atención Primaria



#SaludPúblicaAndalucía
#AndalucíaGRUSE



<https://easp.ws/c/6N6Z4L>



Enfoque de Género y Bienestar Emocional
Grupos Socioeducativos en Atención Primaria

9 junio
2022



- 10:00 **Bienvenida Institucional**
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía
- 10:15 **Impacto de las desigualdades de género en la salud emocional de las mujeres**
M. Ángeles Rodríguez Arenas. Doctora en Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III
- 10:45 **La masculinidad hegemónica: impacto en la salud y bienestar de los hombres.**
Alfredo Waisblat. Psicólogo. Centro Marie Langer
- 11:15 **Presentación de la Guía Grupos Socioeducativos con Mujeres**
Presenta y Modera: Pablo García Cubillana. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Familias
Almudena Millán Carrasco. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública
Patricia García Roldán. Asesora Técnica. Servicio Andaluz de Salud
Ildefonso Godoy Lorite. Trabajador Social. Distrito Sanitario Granada-metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.
- 12:15 **Fin de la Jornada**

Objetivos:

- Reflexionar sobre las desigualdades de género y cómo afectan a la salud de mujeres y hombres
- Profundizar en los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria para promover la salud emocional y evitar desigualdades de género

Dirigido a:

Profesionales del trabajo social de Atención Primaria y otros Profesionales del ámbito socio-sanitario

Coordinación:

Patricia García Roldán. Asesora Técnica. Servicio Andaluz de Salud
Aguiña Bono del Trigo. Escuela Andaluza de Salud Pública

Secretaría Técnica:

Tachy Prieto. Escuela Andaluza de Salud Pública
jornadas.prieto.easp@juntadeandalucia.es

Inscripciones:

Si bien la inscripción es gratuita, es imprescindible registrarse antes de 31 de Mayo, en el siguiente enlace: <https://easp.ws/c/6N6Z4L>



gruse.csalud@juntadeandalucia.es



TI. 955018173

GRACIAS

autoestima

interacción
social

gestión
de las
emociones

identificaciones
de recursos
individuales y
sociales para
la salud